



CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN - UMG

Las siguientes son las condiciones para los servicios proporcionados por el Greenville Health System (GHS, por sus siglas en inglés) para el paciente cuyo nombre aparece arriba:

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE RUTINA: Yo Yo consiento y autorizo al GHS, y a mis proveedores de cuidados de la salud, a proporcionar u ordenar servicios de cuidado de salud rutinarios, incluyendo procedimientos diagnósticos y de laboratorio que a juicio de mi(s) proveedor(es), sean necesarios. A menos de que se haya discutido conmigo lo contrario, yo autorizo al GHS a desechar los especímenes, tejidos, aparatos médicos o implantes extraídos de mi cuerpo durante mi tratamiento. Los procedimientos diagnósticos/de laboratorio que pueden ordenarse para mi podrían incluir la prueba del VIH, Hepatitis, y otras enfermedades categorizadas como transmisibles. Yo le puedo decir a mi proveedor si no quiero que se me haga la prueba dealguna o todas estas enfermedades. Si los resultados de la prueba son positivos, serán compartidos conmigo.

MÉDICOS: Yo entiendo que los médicos que son miembros del personal médico del GHS y que practican en las instalaciones del GHS podrían no ser empleados o agentes del GHS. Yo entiendo que el GHS no es responsable de ningún acto u omisión de un médico que no sea empleado o agente del GHS. Yo entiendo que el GHS es una institución médica de enseñanza, y que estudiantes de medicina y residentes podrían participar en mi cuidado, bajo la supervisión de un médico a cargo.

TELEMEDICINA: Los servicios de salud pueden ser proporcionados a través de la telemedicina, la cual implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitirle a los proveedores de salud en diferentes lugares compartir información médica Individual del paciente con el propósito de mejorar el cuidado médico del paciente. La información podría usarse para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación, y podría incluir cualquiera de lo siguiente: Expedientes médicos del paciente, imágenes médicas, dos vías en vivo de audio y video, salida de datos de dispositivos médicos y archivos con sonido y video. Los sistemas electrónicos usados incorporarán protocolos de seguridad para la red y aplicación informática para proteger la confidencialidad de la identificación del paciente y de los datos de las imágenes e incluirá medidas para salvaguardar la información y asegurar la integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y RECLAMOS DE TERCEROS: Si mi cuenta no es pagada el día de mi visita, yo le asigno por este medio al GHS cualquiera y todos los derechos, incluyendo las retribuciones que yo pueda tener provenientes de los siguientes: TRICARE beneficios médicos mayores, PIP (protección para lesiones personales), beneficios de enfermedad, beneficios de doctores (excluyendo cualquier beneficio pagable a médicos que no son empleados o agentes del GHS), beneficios de lesión, o cualquier otro beneficio de salud, accidente o bienestar social de cualquier tipo o forma, ya sea que esté asegurado o pague con sus propios fondos, retribuciones de cualquier juicio que esté siendo pagado por, o en nombre de un tercer partícipe, o cualquier otro beneficio debido por la póliza de seguro. Yo también asigno a medico(s) que no son empleados del GHS, cualquier retribución de los beneficios anteriores que se paguen por, o en nombre de un tercer partícipe o debidos por alguna póliza de seguro por los servicios proporcionados en el GHS (tales como anesthesiólogo, patólogos, y otros médicos privados). Yo garantizo y manifiesto que cualquier seguro o plan que asigno es un seguro válido y vigente, y que tengo derecho a hacer esta asignación. Todas las cantidades recaudadas serán abonadas a mi cuenta. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cargo que no sea cubierto por el seguro, incluyendo Medicare, Medicaid o cualquier otro beneficio. En caso de que alguna reclamación de pago presentada por el GHS a mi agente de seguros, o a mi administrador de plan sea negada, por medio de la presente yo autorizo al GHS para que inicie una revisión administrativa de la reclamación en disputa de acuerdo con las disposiciones aplicables de mi plan o póliza, presente una apelación o acción legal/de equidad. Si mi plan o póliza está provista conforme al Acto de Beneficios de Salud para Empleados Federales, Título 5, Sección 8901 y subsiguientes, este proceso de revisión incluirá pero no se limitará a una revisión por la Oficina de Administración del Personal. En caso de que yo sea un participante/beneficiario de un plan de bienestar del trabajador regido por el Decreto de 1974 Seguro de Ingresos para Empleados Retirados ("ERISA" por sus siglas en inglés), Título 29, Sección 1001 y subsiguientes del Código de los Estados Unidos, yo designo al GHS como mi representante legal autorizado, y le concedo al GHS la autoridad para actuar en mi nombre en la búsqueda y apelación de la determinación de los beneficios bajo el plan, incluyendo Medicare y Medicaid. Tal autoridad debe incluir el derecho de pedir y recibir una copia y/o resumen de la descripción del plan.

ACUERDO FINANCIERO: Entiendo que estoy obligado a pagar mi cuenta conforme a las tarifas regulares y términos del GHS, con excepción de aquellos servicios proporcionados conforme a los ensayos clínicos de investigación, los cuales están identificados específicamente por escrito como servicios por los cuales no estoy obligado a pagar. Nombro aquí al GHS como mi representante para recaudar los reclamos, endosar los cheques, y dar un recibo final y completo por todas las cantidades recaudadas. Si los beneficios recibidos por el GHS excedieran los cargos en mi cuenta, yo autorizo al GHS para que abone el pago excedente a cualquier otra cuenta que yo tenga pendiente con el GHS o entidades del GHS, lo que incluye GHS Partners in Health, Inc., Greenville Health Corporation, y/o cualquier otra entidad que sea, o forme parte del GHS. Si no hay otra cuenta pendiente de la que sea responsable, el pago se contabiliza en la cuenta en cuestión y se procesará un reembolso como corresponde. Entiendo que el GHS puede obtener mi reporte de crédito para su revisión en la recaudación de esta deuda. En caso de que esta cuenta sea enviada a una agencia de cobranza o a un abogado para su recaudación, pagaré todos los gastos de recaudación, y los honorarios del abogado.

PACIENTES DE MEDICARE: Si yo fuera elegible para cobertura de Medicare, solicito que los pagos de los beneficios autorizados por Medicare se le hagan a GHS en mi nombre. La información que doy es correcta al momento de solicitar el pago bajo el Título XVIII del Acto del Seguro Social.

COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES: Por medio de la presente autorizo al GHS a que se comunique conmigo mediante la información proporcionada al momento del registro. Por medio de la presente yo doy mi autorización para recibir llamadas de marcado automático y/ o pre-grabadas respecto a mi saldo pendiente, si tengo alguno, de o a nombre de GHS y/o GHS Partners in Health, Inc. Al número(s) de teléfono que le he proporcionado al GHS y/o Partners in Health, Inc.



CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN - UMG

DIVULGACIÓN/USO DE LA INFORMACIÓN DE SALUD: Entiendo que los usos normales y divulgación de mi información personal y de salud están descritos en el Aviso de las Practicas de Privacidad del GHS. Estos incluyen proporcionar mi información a otros proveedores para la continuidad de mi cuidado, a una compañía de seguros o a otro pagador (como Medicare) para procesar el pago de mi cuidado, y para las operaciones del cuidado de la salud del GHS tales como educación médica, revisión externa por especialistas y actividades de análisis de resultados. Entiendo que mi información personal y de salud estará disponible para los proveedores a través del Intercambio de Información de Salud del GHS como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Yo reconozco firmando abajo que yo he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad del GHS.

INFECCIONES ASOCIADAS CON EL CUIDADO DE SALUD: Las infecciones asociadas con el cuidado de salud pueden ser una complicación de la hospitalización. Carolina del Sur tiene una ley de información al público: Ley de Divulgación de Infecciones Hospitalarias, código S.C.e Ann. Sección 44-7-2410, la cual obliga a los hospitales a monitorear y reportar las infecciones asociadas al cuidado de salud al Departamento de Salud y Control Ambiental (DHEC por sus siglas en inglés). Estos reportes están disponibles en el siguiente sitio web a la vista del público: <http://www.scdhec.gov/Health/FHPF/InfectionControlHIDA/HospitalInfectionControl/>

FOTOGRAFÍAS: Yo consiento a que el GHS tome fotografías con propósito de identificación, diagnóstico, tratamiento, educación e investigación. Las fotografías que puedan identificarme se usarán solamente con el propósito de identificación de los expedientes médicos internos, a menos que yo específicamente acceda y firme un documento de consentimiento adicional.

CONDICIONES PARA LA ATENCIÓN; ANULACIÓN DE ALTERACIONES: Entiendo que las anteriores son las condiciones para la atención y tratamiento en el GHS. Cualquier alteración en el contenido de cualquiera de las condiciones antes mencionadas es nula y no cambiará la condición como se indica. Entiendo que al firmar este formulario, o al recibir tratamiento en el GHS, yo estoy de acuerdo con el contenido de este Consentimiento y Autorización "tal y como está".

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO _____

NOMBRE Y RELACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA SI NO ES EL PACIENTE _____

FECHA _____ HORA _____

FIRMA DEL TESTIGO _____ FECHA _____ HORA _____

FIRMA DEL TESTIGO _____ FECHA _____ HORA _____

(EL SEGUNDO TESTIGO SOLO PARA CONSENTIMIENTO POR TELÉFONO O FIRMA CON UNA "X" O UNA MARCA)